



**Asistencia para la Rehabilitación de Madres de
Kentucky (KY-Moms MATR):
Entrevista inicial preparto para el año fiscal 2024**

Fecha de revisión: junio de 2023

KY-Moms MATR: entrevista inicial preparto

Fecha de actualización: junio de 2023

Use el programa de recopilación de información en línea para hacer la entrevista inicial, disponible en <https://ukcdar.uky.edu/kymoms>.

Si debe usar la versión impresa de la entrevista inicial del programa KY-Moms MATR (p. ej., si internet no funciona o no hay una computadora disponible en el momento de la entrevista), asegúrese de ingresar las respuestas en la entrevista inicial en línea del programa KY-Moms MATR **en un plazo de 7 días** a fin de que la información pueda utilizarse para el estudio.

Para hacer un seguimiento preciso de las pacientes y permitirnos comunicarnos con el personal del programa en caso de tener preguntas, ingrese la información de contacto del/de la administrador/a de casos o de la persona que realiza la entrevista de admisión.

Nombre de la persona que realizará la entrevista inicial de KY-Moms MATR con la paciente:

1. Nombre y apellido del/de la miembro del personal: _____
2. Dirección de correo electrónico del/de la miembro del personal: _____
3. Número de teléfono laboral del/de la miembro del personal: (_____) _____ - _____

Ingrese la información de la paciente para que podamos registrarla en el sistema:

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Toda la información de las pacientes es confidencial (cuenta con identificadores que se almacenan por separado de las respuestas de la entrevista inicial), está encriptada (o codificada) para que solo puedan leerla quienes tengan una clave específica, y su acceso está limitado solo al personal autorizado. La información de identificación se usa para cotejar los datos de los eventos de servicio.

4. Nombre de la paciente: Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____
5. Fecha de nacimiento de la paciente: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
6. Número de Seguro Social de la paciente: ____-____/____/____
7. Fecha de admisión de la paciente en el programa KY-Moms MATR: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
8. ¿Cuándo quedó embarazada? *Estime una fecha y use el 15.º día del mes si no conoce la fecha exacta.* ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
9. ¿Su bebé ya nació? 1 = Sí (**Si responde "Sí", pase a la entrevista inicial posparto**).
0 = No (**Si responde "No", pase a la pregunta 9a**).
- 9a. ¿Cuál es la fecha probable de parto? ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

10. ¿Qué tipo de seguro médico tiene actualmente?

1 = Sin seguro médico

2 = Seguro a través de mi empleador

3 = Seguro a través del empleador de mi pareja

4 = Seguro a través del Mercado de Seguros Médicos

5 = Otro seguro privado (trabajadora independiente)

6 = Medicaid (tarjeta médica, programa Passport)

7 = Medicare

8 = Seguro del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)/Programa Médico y de Salud Civil del Departamento de Asuntos de los Veteranos (CHAMPVA)/TRICARE

9 = Seguro a través de mis padres o del empleador de mis padres

10 = Otro (*especificar*): _____

11. Ciudad donde vive la paciente: _____

12. Condado donde vive la paciente: _____

13. Estado donde vive la paciente: _____

14. Código postal del lugar donde vive la paciente: _____

PREGUNTAS PRELIMINARES

Responda las siguientes preguntas antes de comenzar la entrevista con la paciente:

1. Persona que completa esta encuesta (marque la opción correspondiente con un círculo):

a. Miembro del personal

b. Paciente

2. Fecha de la entrevista de admisión (es decir, la fecha real en que se realizó la entrevista con la paciente):

____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Nota: Si registra las respuestas de la entrevista en la versión impresa, debe ingresar los datos obtenidos en la encuesta de recopilación de información en línea en un plazo de 7 días.

Introducción

Las siguientes preguntas son parte de la **evaluación del programa KY-Moms MATR**. La entrevista es similar a la que se usa para evaluar muchos programas en todo Kentucky y ayudará al estado a entender mejor las necesidades de las embarazadas a fin de aumentar la cantidad de embarazos con desenlaces positivos. La evaluación del programa KY-Moms implica recopilar información de las pacientes antes y después de la participación en dicho programa para conocer su nivel de satisfacción y estado a lo largo del tiempo.

La evaluación del programa KY-Moms incluye dos componentes principales.

La **primera parte** consta de una entrevista presencial con un/a administrador/a de casos u otro/a miembro del personal del programa, que se completa como parte del proceso de admisión y dura unos 30 minutos. Las preguntas que se le harán tratan sobre las necesidades de atención prenatal, la salud física y mental, los antecedentes de consumo de sustancias, los antecedentes de tratamiento, la participación en el sistema de justicia penal, la educación, el empleo, las condiciones de vida, la seguridad y otras cuestiones relacionadas con el embarazo. Al final de esta primera parte de la entrevista, se le preguntará si quiere participar como voluntaria en la segunda parte.

La **segunda parte** es una entrevista de seguimiento por teléfono, de unos 20 minutos de duración, que se realizará 6 meses después del nacimiento de su bebé. **El equipo de la Universidad de Kentucky es responsable de llevar a cabo las entrevistas de seguimiento.** Esto significa que el personal del programa KY-Moms MATR no tendrá acceso a la información que dé en ese momento, ya que sus respuestas se combinarán con las de otras 200 pacientes. Cuando los entrevistadores de la Universidad de Kentucky (UK) la llamen para hacer la entrevista de seguimiento, le recordarán que se trata de la segunda parte del “**Estudio de Seguimiento de la Salud de la UK**”. Los entrevistadores no revelarán su identidad ni que recibió servicios a través del programa KY-Moms. Las pacientes que completen la **segunda mitad de la entrevista** recibirán un cheque de agradecimiento por un valor de USD 20 de parte de la Universidad de Kentucky.

Toda la información que proporcione durante la entrevista de seguimiento será **confidencial**. Esto significa que no revelaremos su nombre ni lo vincularemos a las respuestas que dé. En los informes, solo se incluirán los resultados generales de todo el grupo de participantes, **y no los resultados individuales**. La Universidad de Kentucky cuenta con un **Certificado Federal de Confidencialidad que prohíbe a los equipos de investigación revelar información sobre una persona, incluso bajo citación judicial**. Sus respuestas a las preguntas están bien protegidas.

Su participación ayudará a mejorar los servicios de atención prenatal futuros para mujeres como usted que viven en Kentucky.

Lea el formulario de consentimiento que se incluye al final de esta entrevista de admisión y decida si estaría dispuesta a participar en el **Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky** en unos 6 meses después del nacimiento de su bebé.

Sección A: información básica sobre la paciente

El objetivo de estas primeras preguntas es recopilar la información básica que necesitamos para empezar la entrevista y saber un poco más sobre los servicios que podrían interesarle.

1. ¿Con qué raza/etnia se identifica? **Seleccione TODAS las opciones que correspondan.**
 - 1 = Blanca (no de origen hispano)
 - 2 = Afroamericana (no de origen hispano)
 - 3 = Indígena americana
 - 4 = Nativa de Alaska
 - 5 = Asiática o nativa de las islas del Pacífico
 - 6 = Hispana (mexicana)
 - 7 = Hispana (puertorriqueña)
 - 8 = Hispana (cubana)
 - 9 = Hispana (otra)
 - 10 = Otra (especificar): _____

2. ¿Cuál cree que es su principal fuente de remisión al programa KY-Moms MATR? Seleccione la fuente de remisión principal.
 - 1 = Fui remitida por mi ginecoobstetra
 - 2 = Fui remitida por mi médico de cabecera
 - 3 = Fui remitida por mi consejero del centro comunitario de servicios de salud mental
 - 4 = Fui remitida por el programa de Servicios de Acceso a la Salud, Cuidado y Desarrollo (HANDS)
 - 5 = Fui remitida por el tribunal (juez o agente de libertad condicional)
 - 6 = Fui remitida por los Servicios de Protección a Niños o Adultos (Departamento de Servicios Comunitarios [DCBS])
 - 7 = Fui remitida por un amigo o familiar
 - 8 = Fui remitida por mi empleador
 - 9 = Fui remitida por el programa de prevención de KY-Moms MATR
 - 10 = Yo sola decidí que quería participar en el programa
 - 11 = Fui remitida por el Departamento de Salud
 - 12 = Otra (*especificar*): _____

- 2a. ¿El tribunal u otro organismo estatal le ordenó que participe en este programa? 0 = No 1 = Sí

Sección B: información sobre su bebé

Las siguientes preguntas tratan sobre su embarazo.

1. ¿Su bebé ya nació? 0 = No 1 = Sí **(Si responde "Sí", pase a la entrevista inicial posparto).**

2. ¿Cuántas semanas lleva de embarazo? _____ semanas

3. ¿Cuál es la fecha probable de parto? ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
Si su bebé ya nació, indique la fecha de nacimiento.

4. ¿Tiene un ginecoobstetra de cabecera?
0 = No 1 = Sí 2 = No tengo un médico de cabecera para el embarazo **(Pase a la pregunta 7).**

5. ¿Cuántas veces consultó a un médico o al personal de enfermería en relación con el embarazo?
 _____ vez/veces

6. ¿Su médico le informó de alguna necesidad especial de atención médica que afecta el embarazo o a su bebé por nacer de forma directa?
 0 = No 1 = Sí (Si responde "Sí", pase a la pregunta 6a).

6a. ¿Qué problemas de salud le diagnosticó? Enumere todos los problemas:

7. ¿Planea conservar al/a la bebé? 0 = No 1 = Sí 2 = Todavía no lo decidí

8. ¿Planea amamantar al/a la bebé? 0 = No 1 = Sí 2 = Todavía no lo decidí

9. Clasifique qué tan estresantes cree que **serán** los siguientes factores para usted después del nacimiento de su bebé:

	Para nada estresante	Un poco estresante	Bastante estresante	Muy estresante
a. Falta de sueño	1	2	3	4
b. Lactancia	1	2	3	4
c. Maternidad (en general)	1	2	3	4
d. Irritabilidad por parte del/de la bebé	1	2	3	4
e. Incertidumbre sobre lo que debe hacer cuando su bebé llora	1	2	3	4
f. Enfermedad del/de la bebé	1	2	3	4
g. Decisiones sobre el cuidado de su bebé	1	2	3	4
h. Alimentación del/de la bebé	1	2	3	4
i. Servicios de cuidado infantil (formal o informal)	1	2	3	4
j. Inquietudes sobre su apariencia física	1	2	3	4
k. Inquietudes sobre su salud	1	2	3	4
l. Vínculo con su cónyuge/pareja	1	2	3	4
m. Conflicto o falta de apoyo de amigos/familiares	1	2	3	4
n. Preocupaciones financieras	1	2	3	4
o. Problemas laborales	1	2	3	4
p. Problemas legales	1	2	3	4
q. Problemas con el DCBS, los servicios de protección infantil o los servicios sociales	1	2	3	4
r. Realización de varias tareas mientras cuida a su bebé (p. ej., tareas domésticas, cuidado de otros niños, etc.)	1	2	3	4

	0 = Nulo	1 = Leve	2 = Moderado	3 = Alto	4 = Muy alto
10. CLASIFIQUE EL NIVEL DE GRAVEDAD DE SUS PROBLEMAS PARA DORMIR DURANTE LAS últimas 2 semanas:					
a. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
d. Dificultad para permanecer dormida	0	1	2	3	4
c. Problemas para despertarse muy temprano	0	1	2	3	4
	0 = Muy satisfecha	1 = Satisfecha	2 = Moderadamente satisfecha	3 = Insatisfecha	4 = Muy insatisfecha
11. ¿Qué tan SATISFECHA O INSATISFECHA se siente con su patrón de sueño ACTUAL?	0	1	2	3	4
	0 = Nada	1 = Muy poco	2 = Un poco	3 = Bastante	4 = Mucho
12. ¿En qué medida cree que los demás PERCIBEN cómo los problemas para dormir que tiene afectan su calidad de vida?	0	1	2	3	4
13. ¿Qué tan PREOCUPADA O AFLIGIDA está con respecto a sus problemas para dormir actuales?	0	1	2	3	4
14. ACTUALMENTE, ¿en qué medida considera que sus problemas para dormir AFECTAN su desempeño diario (p. ej., fatiga diurna, estado de ánimo, capacidad para trabajar o realizar las tareas habituales, concentración, memoria, etc.)?	0	1	2	3	4
	0 = Nunca	1 = 1 o 2 días	2 = Aproximadamente la mitad de la semana	3 = Casi todas las noches	4 = Todas las noches
15. Durante los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tomó algún medicamento u otro producto (recetados, de venta libre o de otro tipo) para dormir?	0	1	2	3	4

Acontecimientos importantes de su vida que la ayudarán a recordar

Para responder las preguntas de esta entrevista, deberá considerar dos marcos temporales principales: 1) la **etapa previa** a saber que estaba embarazada y 2) **los últimos 30 días**. Para ayudarla a recordar el período al que nos referiremos, usaremos el siguiente calendario. Como es posible que estos acontecimientos hayan tenido lugar hace tiempo, para ayudarla a recordar, nos gustaría que compartiera algún recuerdo sobre esos meses.

Nota: No es necesario dedicar mucho tiempo a responder estas preguntas. El objetivo de las preguntas es ayudar a refrescar la memoria de la paciente y a afianzar los marcos temporales a los que se hará referencia a lo largo de la entrevista.

1. ¿Cuándo quedó embarazada? *Estime una fecha y use el 15.º día del mes si no conoce la fecha exacta: _____ MM/DD/AAAA (Cree el calendario hacia atrás a partir de esta fecha).*
2. Anote las fechas correspondientes hasta 30 días hacia atrás (*comenzando con el período de 30 días más reciente*). Luego, siga con el resto hasta completar un período de 6 meses.
3. Cada mes debe incluir, al menos, un acontecimiento que tenga un significado especial para la paciente. (*Nota: No todos los días festivos o especiales significan lo mismo para las pacientes, por lo que es fundamental decidir qué acontecimiento se incluirá en cada mes como ayudamemoria*).
 - a. Celebraciones u otros días especiales durante este período (p. ej., Halloween)
 - b. Cumpleaños (ya sea el suyo o el de su pareja, sus hijos u otros familiares cercanos)
 - c. Acontecimientos especiales (positivos o negativos) que tuvieron lugar durante este tiempo (p. ej., cambio de trabajo, enfermedad grave, comienzo de la escuela, graduación, embarazo)
 - d. Mudanza en algún momento del período (meses en los que se mudó)
 - e. Cambios en su situación sentimental durante estos meses
 - f. Recuerdos importantes que se le vengan a la mente

Mes	1 mes (30 días antes de quedar embarazada)	2 meses antes de quedar embarazada	3 meses antes de quedar embarazada	4 meses antes de quedar embarazada	5 meses antes de quedar embarazada	6 meses antes de quedar embarazada
<u>Mes</u>						
<u>Acontecimiento/s</u>						

En caso de usar una copia en papel, imprímala y consúltela durante toda la entrevista. Si usa la computadora, consulte el calendario en pantalla durante toda la entrevista.

Sección C: salud física

El siguiente grupo de preguntas se refiere a su estado de salud física actual y antes de quedar embarazada. Es importante evaluar la salud física para poder identificar los problemas de salud que podría tener y hacer un seguimiento de estos.

1. ¿Cómo clasificaría su estado de salud general actual?

- 1 = Deficiente
- 2 = Regular
- 3 = Bueno
- 4 = Muy bueno
- 5 = Excelente

2. ¿**Alguna vez** un médico le dijo que tenía alguno de los siguientes problemas de salud física crónicos?

Seleccione TODAS las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular/cardíaca
(p. ej., hipertensión, accidente cerebrovascular,
insuficiencia cardíaca, angina de pecho) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva
crónica (EPOC) (p. ej., enfisema) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> VIH/sida |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales graves | <input type="checkbox"/> Otras infecciones de transmisión
sexual (ITS) (p. ej., clamidia, gonorrea, herpes
genital, tricomoniasis, sífilis, virus del papiloma
humano [HPV]) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/insuficiencia renal | |

3. ¿Tiene algún problema de salud física grave sin tratar actualmente? 0 = No 1 = Sí

3a. Si respondió "Sí", especifíquelo: _____

4. Piense en el estado de su **salud física** (que incluye enfermedades y lesiones físicas) durante los últimos 30 días. ¿Cuántos días su salud física **no** fue buena? _____ día/s

5. Piense en el estado de su **salud mental** (que incluye estrés, depresión y problemas emocionales) durante los últimos 30 días. ¿Cuántos días su salud mental **no** fue buena? _____ día/s

(Si respondió "0" a las preguntas 4 y 5, omita la pregunta 6).

6. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días dicho **estado de salud física o mental deficiente** le impidió realizar sus actividades habituales, como aquellas relacionadas con el cuidado personal, el trabajo o el ocio? _____ día/s

7. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas, medicamentos recetados o drogas ilegales para aliviar el dolor físico?

Casi nunca	A veces	Aproximadamente la mitad del tiempo	La mayor parte del tiempo	Casi siempre
1	2	3	4	5

8. A lo largo de los **6 meses previos a su embarazo**, ¿sufrió dolor crónico grave durante, al menos, 3 meses (p. ej., dolor a causa de artritis, fibromialgia o lesiones que no se curaron)?

0 = No **(Si responde "No", pase a la sección D).** 1 = Sí

8a. ¿A qué edad empezó a sufrir algún tipo de dolor crónico? _____ años

8b. Durante los 6 meses previos a su embarazo, ¿cuántos meses sufrió dolor crónico? _____ mes/es

8c. Durante los 30 días previos a su embarazo, ¿cuántos días sufrió dolor crónico? _____ día/s

8d. Califique la intensidad PROMEDIO del dolor crónico que sufrió durante los 30 días previos a su embarazo. Seleccione un puntaje.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada de dolor El peor dolor imaginable

8e. ¿Continuó sufriendo dicho dolor crónico durante el embarazo?

0 = No **(Si responde "No", pase a la pregunta 8).** 1 = Sí

8f. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días sufrió dicho dolor crónico? _____ día/s

Sección D: salud emocional

En la siguiente sección, se le preguntará si cree que tiene problemas significativos en ciertas áreas relacionadas con la salud emocional. Deberá responder cada pregunta dos veces teniendo en cuenta los siguientes marcos temporales: los 6 meses previos al embarazo y los últimos 30 días. Piense en las respuestas más allá de lo que esperaba del embarazo.

<i>(Nota: Primero, haga todas las preguntas con respecto a los 6 meses previos al embarazo; luego, vuelva a preguntar sobre los últimos 30 días).</i>	Durante los 6 meses previos al embarazo		Durante los últimos 30 días	
	No	Sí	No	Sí
1. ¿Sintió depresión o tristeza de forma constante, la mayor parte del día y prácticamente todos los días durante dos semanas consecutivas (o más)?	0	1	0	1
2. ¿Se sintió mucho menos interesada en la mayoría de los aspectos de la vida diaria o mucho menos capaz de disfrutar de las cosas que solía disfrutar la mayor parte del tiempo durante dos semanas consecutivas (o más)?	0	1	0	1

(Si respondió “No” a las preguntas 1 y 2, pase a la pregunta 10). Piense en ese período de dos semanas o más durante el cual sintió depresión o desinterés:

3. La mayoría de los días, ¿su apetito disminuyó o aumentó? ¿Su peso bajó o aumentó de forma involuntaria (p. ej., ±8 libras en un mes en una persona que pesa 160 libras) y más de lo esperado durante el embarazo? (Si la respuesta es afirmativa para cualquiera de los casos, seleccione “Sí”).	0	1	0	1
4. La mayoría de las noches, ¿tuvo más problemas para dormir de lo esperado (p. ej., tener dificultad para conciliar el sueño, despertarse en mitad de la noche o durante la madrugada, o dormir en exceso)?	0	1	0	1
5. La mayoría de los días, ¿habló o se movió más despacio de lo normal, estuvo nerviosa o intranquila, o le costó quedarse quieta?	0	1	0	1
6. La mayoría de los días, ¿sintió cansancio o falta de energía?	0	1	0	1
7. La mayoría de los días, ¿se sintió inútil o culpable?	0	1	0	1
8. La mayoría de los días, ¿tuvo problemas para concentrarse o tomar decisiones?	0	1	0	1
9. ¿Pensó reiteradas veces en hacerse daño o quitarse la vida, o deseó estar muerta?	0	1	0	1

10. ¿Experimentó algún período de 6 meses o más en el que se preocupó excesivamente o estuvo ansiosa por varias cosas (como la familia, la salud, las finanzas, los estudios o los problemas laborales)?
0 = No **(Si responde “No”, pase a la pregunta 19).** 1 = Sí

11. ¿Tiene estas preocupaciones la mayoría de los días? 0 = No 1 = Sí

12. ¿Le cuesta controlar las preocupaciones o estas interfieren en su capacidad para concentrarse en lo que está haciendo? 0 = No 1 = Sí

Piense en el período durante el cual sintió ansiedad:	Durante los 6 meses previos al embarazo		Durante los últimos 30 días	
	No	Sí	No	Sí
13. ¿Se sintió intranquila, nerviosa o al límite?	0	1	0	1
14. ¿Se sintió tensa (es decir, tensión muscular)?	0	1	0	1
15. ¿Se sintió cansada, débil o exhausta con facilidad?	0	1	0	1
16. ¿Tuvo problemas para concentrarse o para evitar que la mente se le pusiera en blanco?	0	1	0	1
17. ¿Sintió irritabilidad?	0	1	0	1
18. ¿Tuvo problemas para dormir (p. ej., tener dificultad para conciliar el sueño, despertarse en mitad de la noche o durante la madrugada, o dormir en exceso)?	0	1	0	1

19. ¿Cuánto le preocupa su seguridad personal en el día a día?
- 0 = Nada
 - 1 = Muy poco
 - 2 = Un poco
 - 3 = Bastante
 - 4 = Mucho

20. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas, medicamentos recetados o drogas ilegales para reducir el estrés, la ansiedad, la preocupación, la tristeza o el miedo?

Nunca/casi nunca	A veces	Aproximadamente la mitad del tiempo	La mayor parte del tiempo	Casi siempre/siempre
1	2	3	4	5

La siguiente serie de preguntas se refiere a los actos hirientes que podría haber sufrido por parte de otras personas en la infancia (menor de 18 años). Estas preguntas son importantes porque, a veces, los antecedentes pueden influir en nuestras emociones y estilos para afrontar problemas. Conforme a las investigaciones, se demostró que los acontecimientos estresantes que nos suceden en la infancia y lo que nos ocurre de adultos son significativos. Solo deberá responder “SÍ” o “NO” a las preguntas, y no se le pedirá que proporcione detalles sobre ninguna de sus experiencias. **(Nota para la persona a cargo de la entrevista: Si la paciente no está segura de si algo ocurrió o no, márkelo como “No”).**

<i>Piense en la etapa anterior a cumplir 18 años:</i>	No	Sí
21. ¿Algún miembro de su familia estuvo en prisión?	0	1
22. ¿Sus padres se separaron o se divorciaron (antes de que usted cumpliera 18 años)?	0	1
23. ¿Vivió con alguna persona que tenía problemas de alcoholismo o consumía drogas ilegales?	0	1
24a. ¿Algún miembro de su familia sufría depresión o una enfermedad mental, o intentó suicidarse?	0	1
24b. ¿Solía sentir que no tenía suficiente para comer, que tenía que usar la ropa sucia y que no tenía a nadie que la protegiera?	0	1
24c. ¿Solía sentir que sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarla o llevarla al médico si lo necesitaba?	0	1
25a. ¿Solía sentir que ningún miembro de su familia la quería o que nadie la consideraba importante o especial?	0	1
25b. ¿Solía sentir que sus familiares no se cuidaban entre sí, no tenían una relación cercana o no se apoyaban mutuamente?	0	1
26a. ¿Su madre o madrastra solía sufrir empujones, agarrones y bofetadas, o se le lanzaban objetos para golpearla?	0	1
26b. ¿Su madre o madrastra solía recibir patadas, mordidas, puñetazos o golpes con un objeto duro (ya sea a veces o con frecuencia)?	0	1
26c. ¿Alguna vez a su madre o madrastra la golpearon repetidamente durante al menos unos minutos, o la amenazaron con un arma de fuego o con un cuchillo?	0	1
27a. ¿Su padre o madre u otro adulto del hogar solían insultarla, menospreciarla o humillarla?	0	1
27b. ¿Su padre o madre u otro adulto del hogar solían actuar de una manera que le generaba temor de que podrían hacerle daño físico?	0	1
28a. ¿Su padre o madre u otro adulto del hogar solían empujarla, agarrarla, abofetearla o lanzarle objetos para golpearla?	0	1
28b. ¿Alguna vez su padre o madre u otro adulto del hogar la golpearon con tanta violencia que le dejaron marcas o le provocaron lesiones?	0	1
29a. ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted la manoseó, la acarició o le pidió que le tocara el cuerpo de forma sexual?	0	1
29b. ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que usted intentó tener o tuvo relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?	0	1

30. El siguiente grupo de preguntas se refiere a situaciones donde fue víctima de un delito, tanto a lo largo de su vida como en los 6 meses previos al embarazo. Solo deberá responder “SÍ” o “NO” a las preguntas; si selecciona “SÍ”, se le preguntará si el agresor fue su pareja o expareja, un conocido o familiar, o un desconocido. No deberá proporcionar ningún otro detalle.

	Alguna vez en su vida		Durante los 6 meses previos al embarazo	
	No	Sí	No	Sí
a. ¿Sufrió algún robo o asalto (es decir, alguien le arrebató su cartera, dinero u otros objetos de valor) por parte de alguien que usó la fuerza o la amenazó con usarla?	0	1	0	1
Si respondió “SÍ”, indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
b. ¿Alguna persona la atacó o agredió físicamente?	0	1	0	1
Si respondió “SÍ”, indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
c. ¿La han amenazado con un arma de forma directa o indirecta, o le han apuntado con una pistola?	0	1	0	1
Si respondió “SÍ”, indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
d. ¿Sintió miedo o preocupación por su seguridad o por la de otras personas cercanas a usted debido a que alguien, en repetidas ocasiones, la siguió, se puso en contacto con usted o se presentó en su casa u otros lugares, cuando usted no quería que lo hiciera (es decir, la acosó o persiguió de forma obsesiva)?	0	1	0	1
Si respondió “SÍ”, indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
e. ¿La obligaron a tener relaciones sexuales bajo amenaza y contra su voluntad?	0	1	0	1
Si respondió “SÍ”, indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				

	Alguna vez en su vida		Durante los 6 meses previos al embarazo	
	No	Sí	No	Sí
f. ¿La forzaron a tener relaciones sexuales que no quería mientras estaba borracha, desmayada, dormida, drogada, o no podía aceptar ni dar su consentimiento para hacerlo?	0	1	0	1
Si respondió "Sí", indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				
g. ¿Sufrió abusos por parte de alguna pareja casual o estable (es decir, alguna pareja la agredió físicamente, la controló, o abusó emocionalmente de usted y le hizo temer por su seguridad)?	0	1	0	1
h. ¿Sufrió alguna otra situación de acoso verbal, sexual o de otro tipo que le haya hecho temer por su seguridad y que no se haya mencionado anteriormente?	0	1	0	1
Si respondió "Sí", indique quién fue el agresor. Marque todas las opciones que correspondan con un círculo. 1 = pareja/expareja 2 = conocido o familiar 3 = desconocido (alguien que no conocía bien)				

31. Las siguientes cuatro preguntas se refieren a los problemas que tienen las personas, a veces, en respuesta a situaciones muy estresantes. Teniendo en cuenta su **peor acontecimiento**, indique en qué medida la afectó esa experiencia en los 6 meses previos al embarazo.

Piense en los 6 meses previos al embarazo:	Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
a. ¿En qué medida le afectaron los recuerdos recurrentes, perturbadores y no deseados de dichas experiencias?	0	1	2	3	4
b. ¿En qué medida evitó los recordatorios externos de esas experiencias (p. ej., personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
c. ¿En qué medida tuvo pensamientos negativos sólidos sobre sí misma, sobre otras personas o sobre el mundo a causa de dichas experiencias (p. ej., creer que no es una buena persona o que hay algo muy malo en usted, que no se puede confiar en nadie o que el mundo es muy peligroso)?	0	1	2	3	4
d. ¿En qué medida se sintió nerviosa o se alarmó con facilidad?	0	1	2	3	4

Sección E: educación y empleo

El siguiente grupo de preguntas se refiere a su formación académica y situación laboral. Esta información es importante para comprender sus necesidades particulares y los resultados del programa.

1. ¿Cuántos años de educación completó? En la siguiente lista, seleccione el nivel de educación más alto que haya completado.

0 = Sin escolarización	9 = 9.º grado	15 = Algunos años de formación vocacional/técnica
1 = 1.º grado	10 = 10.º grado	16 = Diploma de escuela de formación vocacional/técnica
2 = 2.º grado	11 = 11.º grado	17 = Título de asociado (título de técnico superior o similar)
3 = 3.º grado	12 = 12.º grado	18 = Título universitario de grado
4 = 4.º grado	13 = Diploma de Educación General (GED)	19 = Maestría
5 = 5.º grado	14 = Algunos años de educación superior	20 = Doctorado
6 = 6.º grado		
7 = 7.º grado		
8 = 8.º grado		

2. Durante los 6 meses previos a saber que estaba embarazada, ¿cuál fue su patrón de empleo habitual (es decir, su patrón de trabajo la mayor parte del tiempo)?

- 1 = Trabajadora a tiempo completo (más de 35 horas por semana)
- 2 = Trabajadora a tiempo parcial (<35 horas por semana)
- 3 = Trabajadora a tiempo parcial (irregular, trabajo diurno)
- 4 = Desempleada: estudiante
- 5 = Jubilada
- 6 = Persona con discapacidad o postulante para recibir beneficios por discapacidad
- 7 = Desempleada: persona a cargo del hogar o del cuidado de otros
- 8 = Desempleada
- 9 = Residente de un entorno controlado (prisión, hospital, etc.)

3. ¿Cuál es su situación laboral actual? Incluya todos los trabajos para calcular el total de horas trabajadas por semana en promedio. Si está de licencia (por maternidad, discapacidad, etc.), ¿cuántas horas trabajará normalmente cuando se reincorpore al trabajo?

0 = Sin trabajo ni de licencia por motivos relacionados con el embarazo

(Si responde "0", pase a la pregunta 4).

- 1 = Trabajo a tiempo completo (más de 35 horas por semana)
- 2 = Trabajo a tiempo parcial (<35 horas por semana)
- 3 = Trabajo ocasional, irregular o por temporada
- 4 = Con trabajo, pero de licencia por motivos relacionados con el embarazo

3a. ¿Cuánto tiempo tuvo este trabajo (en meses)? Ingrese el período más largo si tuvo muchos trabajos: _____ mes/es

3b. ¿Cuánto le pagan **por hora** actualmente? El pago por hora mínimo es de USD 7.25. Si tiene muchos trabajos, ingrese el monto más alto. Si recibe un salario, calcule el pago por hora según la cantidad habitual de horas que trabaja por semana: USD _____.

3c. ¿Qué tipo de trabajo realiza? **Seleccione una opción. Si tiene muchos trabajos, seleccione el tipo de trabajo que realiza con mayor frecuencia.**

1 = **Empleo profesional** (p. ej., bibliotecario; proveedor de atención médica, como enfermero, paramédico, higienista dental o médico; perito de seguros; consejero de salud mental; trabajador social; agente de libertad condicional; asistente jurídico; taquígrafo; docente; docente adjunto; fotógrafo; clérigo; artista; etc.)

2 = **Servicios** (p. ej., personal de preparación y servicio de alimentos; proveedor de cuidado infantil; proveedor de cuidado diurno de adultos; personal de apoyo al cuidado de la salud, como auxiliar de enfermería [CNA], masajista o flebotomista; jardinero; personal de conserjería/limpieza; personal de limpieza; personal de control de plagas; oficial de policía; socorrista; guardia de seguridad; estilista; entrenador personal; gerente de restaurante; etc.)

3 = **Ventas y oficina** (p. ej., personal de apoyo administrativo y de oficina; cajero; personal de ventas al por menor; agente de bienes raíces; vendedor por teléfono; contador; cajero de banco; personal de recepción de hotel; personal del servicio postal; personal de ingreso de datos; gerente de tienda; etc.)

4 = **Recursos naturales, construcción y mantenimiento** (p. ej., trabajadores de los sectores de minería, pesca, agricultura, viveros, explotación forestal, construcción, carpintería, fontanería, techado, mecánica, taller de reparaciones, reparación de computadoras, servicios públicos, calefacción y aire acondicionado, etc.)

5 = **Producción, transporte y traslado de materiales** (p. ej., trabajadores de los sectores de línea de producción de una fábrica, panadería, carnicería, tintorería, sastrería y carpintería; personal de central eléctrica; auxiliar de vuelo; conductor de autobús; taxista; empaquetador; soldador; trabajador de saneamiento; etc.)

6 = **Empleos específicos del ejército**

7 = **Otro (especificar):** _____

3d. Además de trabajar, ¿estudia o recibe formación vocacional adicional? 0 = No 1 = Sí

Si tiene empleo, OMITA la pregunta 4 y pase a la pregunta 5.

4. Si no tiene trabajo actualmente, ¿cómo describiría su situación? **Seleccione una opción.**

1 = Desempleada, pero en busca de trabajo

2 = Desempleada, pero con licencia laboral involuntaria o despido temporal

3 = Desempleada, pero a cargo del hogar o del cuidado de los niños a tiempo completo

4 = Persona con discapacidad o postulante para recibir beneficios por discapacidad

5 = Jubilada

6 = Estudiante/en formación

7 = Residente de un entorno controlado/sin autorización para trabajar

8 = Desempleada y sin intención de buscar trabajo

9 = Otra (especificar): _____

5. **(Pregunta para todas las pacientes)** ¿Espera tener trabajo en los próximos 12 meses? 0 = No 1 = Sí

6. ¿Recibe ayuda pública (p. ej., en virtud del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños [WIC], el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF] o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP])? 0 = No **(Si responde "No", pase a la pregunta 7).** 1 = Sí

6a. ¿Qué tipo de ayuda recibe actualmente? **Marque todas las opciones que correspondan con un círculo.**

1 = TANF

2 = SNAP

3 = WIC

4 = Asistencia por desempleo

5 = Ayuda de la iglesia local u otra organización comunitaria

6 = Beneficios en virtud de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

7 = Beneficios en virtud del Seguro Social por Discapacidad (SSDI)

8 = Otra (especificar): _____

7. El siguiente grupo de preguntas se refiere a la situación en su hogar durante los **6 meses previos al embarazo** y los **últimos 30 días**. Responda “Sí” o “No” a cada pregunta.

	Durante los 6 meses previos al embarazo		Durante los últimos 30 días	
	No	Sí	No	Sí
a. ¿Usted o su familia tuvieron problemas para pagar el monto total del alquiler o la hipoteca?	0	1	0	1
b. ¿Usted o su familia fueron desalojados de su casa o departamento por no pagar el alquiler?	0	1	0	1
c. ¿Usted o su familia no pudieron pagar la factura de gas o electricidad?	0	1	0	1
d. ¿Usted o su familia no pudieron pagar la factura de teléfono/celular?	0	1	0	1
e. ¿En algún momento no hubo suficiente comida en su casa?	0	1	0	1
f. ¿Usted o algún miembro de su familia necesitó consultar a un médico o ir al hospital, pero no pudo hacerlo por motivos económicos?	0	1	0	1
g. ¿Usted o algún miembro de su familia necesitó consultar a un dentista, pero no pudo hacerlo por motivos económicos?	0	1	0	1
h. ¿Usted o algún miembro de su familia necesitó comprar medicamentos que le recetaron, pero no pudo hacerlo por motivos económicos?	0	1	0	1

Sección F: consumo de sustancias

El siguiente grupo de preguntas se refiere al consumo de sustancias durante los siguientes tres períodos: 1) los 6 meses previos al embarazo, 2) los 30 días previos al embarazo y 3) los últimos 30 días. **NOTA:** Si consumió sustancias UNA vez en un mes, cuenta como un mes de consumo. Asimismo, el consumo no prescrito o indebido de medicamentos recetados (p. ej., tomar más de lo indicado) debe contarse como una instancia de consumo de drogas ilegales.

1. ¿Alguna vez ha consumido marihuana medicinal (cannabis)? 0 = No (**pase a la pregunta 2**) 1 = Sí

1a. ¿Alguna vez ha tenido una certificación de un médico para cannabis medicinal en Kentucky (o ha tenido una tarjeta de marihuana medicinal de Kentucky)?
0 = No 1 = Sí

1b. ¿Alguna vez ha tenido una tarjeta de marihuana medicinal o una receta de marihuana de otro estado?
0 = No 1 = Sí

1c. Durante los últimos... ¿cuántas...consumió...? *Si no ha consumido durante los 6 meses previos a su embarazo, pase a la siguiente pregunta y deje en blanco la columna de 30 días. (Nota para el entrevistador: si hubo CUALQUIER consumo dentro de un mes, cuenta como el consumo de un mes. Pregunte específicamente sobre el comportamiento en “los últimos 30 días”. No use “en el último mes” como sustituto; esto puede generar confusión y respuestas inexactas)*

	6 meses antes del embarazo (CANT. DE MESES)	Últimos 30 días (CANT. DE DÍAS)
Marihuana medicinal (cannabis)		

2. ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias legales vendidas sin receta en los 6 meses previos al embarazo? (Si la respuesta es Sí para el consumo en los últimos 6 meses, pregunte sobre los últimos 30 días):
...en los últimos 30 días?

(El programa en línea mostrará las sustancias seleccionadas “sí” para el consumo en los 6 meses previos al embarazo para preguntar sobre el consumo en los últimos 30 días)

	6 meses antes del embarazo 0 = No 1 = Sí	Últimos 30 días 0 = No 1 = Sí
Kratom	0 1	0 1
Productos Delta 8 o 9	0 1	0 1

3. Edad del primer consumo	
a. ¿Cuántos años tenía cuando empezó a fumar de forma regular (es decir, diariamente)?	_____ años 0 = Nunca fumé de forma regular
b. ¿Cuántos años tenía cuando bebió alcohol por primera vez (más que solo unos tragos)?	_____ años 0 = Nunca bebí alcohol
c. ¿Cuántos años tenía cuando consumió drogas ilegales (p. ej., marihuana, cocaína, heroína, tranquilizantes, estimulantes, sedantes, barbitúricos, inhalantes o analgésicos recetados sin indicación médica) por primera vez?	_____ años 0 = Nunca bebí alcohol

4. Consumo de tabaco/nicotina	Durante los 6 meses previos al embarazo	Durante los 30 días previos al embarazo	Durante los últimos 30 días
a. ¿Cuántos meses y cuántos días fumó productos con tabaco (p. ej., cigarrillos, cigarros, pipas, bidis, etc.)?	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS	_____ CANT. DE DÍAS
b. Los días en que fuma/fumaba cigarrillos, ¿cuántos cigarrillos fuma/fumaba por día en promedio (tomando como base que un paquete tiene 20)?	_____ CANT. DE CIGARRILLOS	_____ CANT. DE CIGARRILLOS	_____ CANT. DE CIGARRILLOS
c. ¿Cuántos meses y cuántos días usó cigarrillos electrónicos (dispositivos que liberan nicotina en forma de vapor y tienen un aspecto similar al de los cigarrillos regulares, pero no contienen tabaco)?	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS	_____ CANT. DE DÍAS
d. ¿Cuántos meses y cuántos días consumió tabaco sin humo (p. ej., tabaco para mascar, rapé, tabaco soluble, etc.)?	_____ CANT. DE MESES	_____ CANT. DE DÍAS	_____ CANT. DE DÍAS

<p>5. Consumo de alcohol <i>Entre las bebidas alcohólicas, se incluyen la cerveza, el vino, el vino espumante, el licor y el etanol. Un vaso equivale a una copa de cerveza o vino espumante de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o un chupito de licor. Por lo tanto, una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 vasos y un cóctel con 2 chupitos contaría como 2 vasos.</i></p>	<p>Durante los 6 meses previos al embarazo</p>	<p>Durante los 30 días previos al embarazo</p>	<p>Durante los últimos 30 días</p>
<p>¿Cuántos meses y cuántos días hizo lo siguiente?</p>			
<p>a. Bebió alcohol (Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 6).</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>b. Bebió alcohol hasta embriagarse</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>c. Bebió 4 o más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>6. ¿Cuántos meses y cuántos días consumió las siguientes sustancias?</p>	<p>Durante los 6 meses previos al embarazo</p>	<p>Durante los 30 días previos al embarazo</p>	<p>Durante los últimos 30 días</p>
<p>a. Marihuana (NO obtenida como marihuana medicinal para usted) (p. ej., hachís)</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>b. Bolígrafo para vapear THC (NO obtenido como marihuana medicinal para usted)</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>c. Sedantes, hipnóticos, relajantes musculares o tranquilizantes sin indicación médica (p. ej., benzodiazepinas [Ativan®, Valium®, Xanax®, Klonopin®, Librium® y Halcion®], ácido oxibico [GHB], éxtasis líquido, Soma®, Flexeril®, ketamina [Special K, vitamina K], barbitúricos, pastillas para los nervios)</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>d. Barbitúricos sin indicación médica (p. ej., mefobarbital [Mebacut], pentobarbital [Nembutal®], Seconal®, Amytal®)</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>e. Otros opiáceos o analgésicos sin indicación médica (p. ej., morfina, Percocet®, oxicodona [Oxycontin®], Lortab®, hidrocodona, Dilaudid®, Opana, fentanilo)</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>f. Estimulantes sin indicación médica (p. ej., metanfetamina, Dexedrine®, Adderall®, cristal, speed, anfetaminas, MDMA, Ritalin®, éxtasis, crank)</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>g. Cocaína/crack (p. ej., cristales de cocaína, cocaína purificada, crack o cocaína en piedra)</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>h. Heroína (p. ej., heroína de alquitrán negro [smack], H, junk, skag)</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>i. Drogas alucinógenas (p. ej., PCP, LSD, hongos, mescalina, psilocibina, otras drogas psicodélicas)</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>j. Inhalantes (p. ej., popper, rush, óxido nitroso, pintura, pegamento, aerosoles)</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>
<p>k. Metadona sin indicación médica (p. ej., dolofina, levacetilmetadol [LAAM])</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE MESES</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>	<p>_____</p> <p>CANT. DE DÍAS</p>

i. Buprenorfina o Subutex®/Suboxone® sin indicación médica (incluidos los parches Butrans®)	_____	_____	_____
	CANT. DE MESES	CANT. DE DÍAS	CANT. DE DÍAS
m. Drogas sintéticas/de diseño/novedosas (p. ej., cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, sales de baño psicoactivas, catinonas sintéticas, K2, flakka)	_____	_____	_____
	CANT. DE MESES	CANT. DE DÍAS	CANT. DE DÍAS
n. Tianeptina (p. ej., ZaZa, Tianna Red)	_____	_____	_____
	CANT. DE MESES	CANT. DE DÍAS	CANT. DE DÍAS
o. Otras drogas ilícitas (no registradas aún)	_____	_____	_____
	CANT. DE MESES	CANT. DE DÍAS	CANT. DE DÍAS
p. No consumí NINGUNA droga durante los períodos indicados arriba. (Si no consumió drogas, pase a la pregunta 7).	98	98	98
		Durante los 30 días previos al embarazo	Durante los últimos 30 días
q. ¿Cuántos días consumió más de una sustancia por día (incluidas bebidas alcohólicas y drogas ilegales, pero no productos con tabaco)?		_____	_____
		CANT. DE DÍAS	CANT. DE DÍAS

7. ¿Alguna vez se inyectó drogas? 0 = No 1 = Sí

7a. ¿Se inyectó drogas durante los últimos 30 días? 0 = No 1 = Sí

8. Antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces recibió servicios para el abuso de sustancias en su vida? Tenga en cuenta los tratamientos anteriores, incluidos tratamientos de desintoxicación, tribunales de drogas y programas de rehabilitación. _____ vez/veces

9. Durante los 6 meses previos al embarazo, ¿asistió a reuniones de Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA), Marihuana Anónimos (MA) u otro grupo de autoayuda para la rehabilitación?
0 = No 1 = Sí

10. Piense en los últimos 30 días:

10a. ¿Recibió servicios para el abuso de sustancias, incluidos tratamientos de desintoxicación, tribunales de drogas y programas de rehabilitación? 0 = No 1 = Sí

10b. ¿Cuántas veces asistió a una reunión de AA, NA, MA u otro grupo de autoayuda para la rehabilitación (cuente la cantidad de reuniones a las que asistió)? _____ reunión/reuniones

11. ¿Cuántas veces sufrió una sobredosis de drogas (es decir, necesitó la intervención de otra persona para recuperarse, y no simplemente se quedó dormida, incluido cualquier intento de suicidio por sobredosis)?

9a. Durante toda su vida: _____ vez/veces **(Si la respuesta es "0", pase a la pregunta 12).**

9b. En los últimos 6 meses: _____ vez/veces

12. ¿Alguna vez recibió buprenorfina/naloxona, naltrexona (Vivitrol™) o metadona como parte de un tratamiento asistido con medicamentos (MAT) para sus problemas de abuso de sustancias?

0 = No **(Si responde "No", pase a la pregunta 14).** 1 = Sí

12a. Durante los 6 meses previos al embarazo, ¿cuántos meses consumió buprenorfina/naloxona, naltrexona (Vivitrol™) o metadona bajo indicación médica para tratar su problema de abuso de sustancias? _____ mes/meses

12b. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió estos medicamentos? _____ día/s

12c. ¿Qué tipo de medicamento consumió recientemente?

1 = Suboxone/Subutex (buprenorfina)

2 = Metadona

3 = Vivitrol

12d. ¿Dónde obtuvo el medicamento que consumió recientemente?

1 = Me lo recetó un médico en un centro de medicina general

2 = Me lo recetó un médico en una clínica especializada

3 = Lo obtuve en una clínica

12e. Teniendo en cuenta el medicamento que le recetaron recientemente para tratar sus problemas de consumo de opiáceos, ¿en qué medida cree que dicho medicamento le resultó de ayuda?

Seleccione una opción.

1 = ME AYUDÓ con mis problemas de abuso de drogas

2 = NO TUVO NINGÚN EFECTO en mis problemas de abuso de drogas

3 = EMPEORÓ mis problemas de abuso de drogas

13. En las últimas 48 horas, ¿consumió buprenorfina/naloxona, naltrexona (Vivitrol™) o metadona bajo indicación médica? 0 = No 1 = Sí

Aunque no haya consumido alcohol ni drogas durante los períodos mencionados anteriormente, es posible que se haya sentido ansiosa, molesta o preocupada por su capacidad para mantenerse sobria.

14. Durante los **30 días previos al embarazo**, ¿cuántos días tuvo problemas relacionados con el consumo de alcohol/drogas (deseo incontrolable de consumir, abstinencia, deseos de dejar de consumir pero no poder hacerlo, preocupación por sufrir una recaída, etc.)?

ALCOHOL

DROGAS

_____ CANT. DE DÍAS

_____ CANT. DE DÍAS

15. Alcohol	Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
a. ¿En qué medida sus problemas de alcoholismo la afectaron o molestaron en los 30 días previos al embarazo ?	0	1	2	3	4
b. ¿En qué medida acceder a un programa de tratamiento fue importante para usted con respecto a sus problemas de alcoholismo en los 30 días previos al embarazo ?	0	1	2	3	4
16. Drogas	Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
a. ¿En qué medida sus problemas de consumo de drogas la afectaron o	0	1	2	3	4

molestaron en los 30 días previos al embarazo?					
b. ¿En qué medida acceder a un programa de tratamiento fue importante para usted con respecto a sus problemas de consumo de drogas en los 30 días previos al embarazo?	0	1	2	3	4

Sección G: condiciones de vida

El objetivo de la siguiente serie de preguntas es que nos cuente más sobre usted, su familia y sus condiciones de vida. La situación familiar y las condiciones de vida pueden ser factores de riesgo o de protección contra el estrés.

1. ¿Cuál es su estado civil actual?
 - 1 = Casada (incluidos matrimonios de parejas del mismo sexo y de hecho) **(Si está casada, pase a la pregunta 3).**
 - 2 = Separada
 - 3 = Divorciada
 - 4 = Viuda
 - 5 = Soltera
2. ¿Vive actualmente en pareja? 0 = No 1 = Sí **(Si responde “No”, pase a la pregunta 4).**
3. **(Si contrajo matrimonio o vive en pareja)** ¿Su pareja actual es el padre de su bebé?
 - 0 = No 1 = Sí 98 = No lo sé
4. ¿Cuántas veces estuvo embarazada anteriormente? No tenga en cuenta el embarazo actual. _____ vez/veces **(Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 6).**
5. ¿Cuántos hijos (que aún viven) tuvo en su vida? _____ hijo/s **(Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 6).**
 - 5a. ¿Cuántos de esos hijos tienen menos de 18 años? _____ hijo/s **(Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 6).**
 - 5b. ¿Cuántos de sus hijos menores de 18 años viven con usted en este momento? _____ hijo/s
 - 5c. Actualmente, ¿está involucrada en un caso de los servicios de protección infantil, el DCBS o los servicios sociales? 0 = No 1 = Sí
6. Actualmente, ¿se considera una persona sin hogar por alguna razón?
 - 0 = No **(Si responde “No”, pase a la pregunta 7).** 1 = Sí
 - 6a. ¿Por qué se considera una persona sin hogar? Seleccione una opción.
 - 1 = Vivo en un refugio
 - 2 = Vivía con amigos/familiares de forma temporal
 - 3 = Vivo en la calle o en el coche
 - 4 = Otra (especificar): _____
7. En los últimos 30 días, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo? **Seleccione una opción.**
 - 1 = En mi propia casa o departamento
 - 2 = En la casa o departamento de otra persona

- 3 = En una casa de un programa residencial
- 4 = En un centro de rehabilitación
- 5 = En una prisión o centro de detención
- 6 = En el hospital
- 7 = En una base militar
- 8 = En un hogar de transición o casa de residentes sobrios
- 9 = En un refugio o en la calle
- 10 = Otro (especificar): _____

8. ¿Qué tan seguras son sus condiciones de vida en este momento?
- 1 = Muy insegura
 - 2 = Moderadamente insegura
 - 3 = No lo sé
 - 4 = Moderadamente segura
 - 5 = Muy segura
9. Durante los 6 meses previos al embarazo, ¿cuántas **NOCHES** pasó en un lugar donde no era libre de ir y venir a su antojo, como un hospital, una prisión o un programa residencial de tratamiento para el abuso de drogas (no un refugio)? _____ noche/s EN TOTAL
- 9a. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas **NOCHES** pasó en un lugar donde no era libre de ir y venir a su antojo, como un hospital, una prisión o un programa residencial de tratamiento para el abuso de drogas (no un refugio)? _____ noche/s EN TOTAL
10. Durante los 6 meses previos al embarazo, ¿cuántas veces la arrestaron o acusaron por algún delito?
_____ vez/veces
11. Durante los 6 meses previos al embarazo, ¿cuántas **NOCHES** estuvo privada de su libertad (prisión o centro de detención)? _____ noche/s
- 11a. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas **NOCHES** estuvo privada de su libertad (prisión o centro de detención)? _____ noche/s
12. ¿Está en libertad bajo palabra actualmente? 0 = No 1 = Sí
13. ¿Está en libertad condicional actualmente? 0 = No 1 = Sí
14. ¿Está involucrada en un caso del tribunal de drogas actualmente? 0 = No 1 = Sí

Sección H: información adicional sobre usted y sus condiciones de vida

El objetivo de la siguiente serie de preguntas es que nos cuente sobre su seguridad, un factor que también puede contribuir al estrés. Sabemos que es posible que le resulte difícil responder algunas de las preguntas, así que tómese todo el tiempo que necesite.

1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida actual?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La peor calidad imaginable				Con aspectos buenos y malos por igual		La mejor calidad imaginable			

2. Actualmente, ¿vive con alguien que tenga problemas de alcoholismo, consumo indebido de medicamentos recetados o abuso de drogas ilegales? 0 = No 1 = Sí

3. Durante los 6 meses previos al embarazo y los últimos 30 días, ¿alguna pareja o expareja cometió alguno de los siguientes actos?

¿Alguna pareja/expareja hizo lo siguiente?	Durante los 6 meses previos al embarazo		Durante los últimos 30 días	
	No	Sí	No	Sí
a. ¿La maltrató verbal o psicológicamente (p. ej., la insultó, le gritó, la criticó en privado o frente a otras personas, la trató como si fuera alguien inferior, la trató de loca, le dijo que sus sentimientos eran irracionales o disparatados, etc.)?	0	1	0	1
b. ¿Fue extremadamente celoso/a o controlador/a (p. ej., trató de controlarla, le controló su tiempo, la acusó de ser infiel, interfirió en su relación con otros miembros de la familia o amigos, le impidió hacer cosas que podían serle de ayuda, le controló las finanzas, interfirió en su trabajo, etc.)?	0	1	0	1
c. ¿La amenazó a usted o amenazó a sus seres queridos con violencia (p. ej., amenazó con golpearla o lanzarle objetos para hacerle daño)?	0	1	0	1
d. ¿ Impartió violencia física contra usted (p. ej., la empujó, pateó, golpeó, asfixió, quemó o atacó con un arma)?	0	1	0	1
e. ¿Le hizo sentir miedo debido a que, en repetidas ocasiones, la siguió, se puso en contacto con usted o se presentó en su casa (la acosó o persiguió de forma obsesivamente cuando usted no quería que lo hiciera)?	0	1	0	1
f. ¿ Destruyó bienes que les pertenecían a usted o a un amigo o familiar cercano de forma intencional?	0	1	0	1
g. ¿La obligó a participar en actos sexualmente degradantes , o la humilló y degradó sexualmente?	0	1	0	1
h. ¿Se aprovechó del miedo que usted tenía de lo que podía pasar para convencerla de mantener relaciones sexuales (aun sabiendo que no quería), pero no la amenazó directamente, no la forzó ni tuvo relaciones sexuales con usted mientras dormía?	0	1	0	1
i. ¿La obligó a mantener relaciones sexuales bajo amenaza de daño a usted o a un ser querido, o la forzó físicamente (p. ej., con golpes, sujeción física o un arma) para que lo hiciera?	0	1	0	1

4. ¿Le preocupa su seguridad o tiene miedo de sufrir daños físicos o de otro tipo por parte de una pareja actual o pasada? 0 = No 1 = Sí

Sección I: apoyos sociales

La última serie de preguntas trata sobre los apoyos que tuvo a su disposición en los últimos 30 días.

1. **Durante los últimos 30 días**, ¿a cuántas personas pudo acudir para obtener apoyo emocional cuando lo necesitó? _____ persona/s
2. Piense en el nivel general de apoyo que recibió por parte de otras personas **en los últimos 30 días**. ¿Qué tan satisfecha diría que está con este apoyo?

1	2	3	4	5	6
Extremadamente insatisfecha	Bastante insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Bastante satisfecha	Extremadamente satisfecha

3. Para mí, es importante ayudar a otras personas que tuvieron experiencias similares a la mía durante el embarazo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

También nos gustaría obtener su autorización para usar algunos datos y servicios de salud pública sobre el nacimiento de su bebé. Esta información es confidencial, y los resultados se informarán en conjunto para las personas que completen una entrevista inicial. Su información nos ayudará a comprender mejor las necesidades de servicios de atención médica que tienen las madres de recién nacidos en Kentucky.

- Sí, doy mi autorización.
- NO, no doy mi autorización.

Estudio de seguimiento

Gracias por considerar participar en el estudio de seguimiento, el cual nos ayudará a mejorar programas similares al programa en el que usted desea participar. Este es un resumen del estudio, y el formulario de consentimiento (que se incluye en la página siguiente) tiene más detalles. Es posible que el personal del Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky se comunique con usted dentro de unos 6 meses si (1) acepta dicha comunicación y (2) resulta seleccionada para participar.

¿Qué se me pedirá que haga?

Si acepta y la seleccionan para participar, nos comunicaremos con usted por teléfono unos 6 meses después del nacimiento de su bebé para realizar una breve encuesta (de aproximadamente 20 minutos). Se le pagarán USD 20 como agradecimiento por su tiempo. Le preguntaremos acerca de su experiencia en el programa de administración de casos y cómo ha estado durante los últimos 6 meses.

La información que proporcione puede resultar útil para ayudar a otras mujeres en todo el estado, así como también contribuir a mejorar los programas.

Puede aceptar participar en este momento, pero también tendrá la posibilidad de decidir si acepta o no formar parte si nos comunicamos con usted.

¿Quién tendrá acceso a mis respuestas?

Nadie tendrá acceso a la información que nos proporcione. Su nombre no se incluirá en las respuestas que dé, por lo que no podrán vincularse con usted. Alrededor de 200 mujeres de todo Kentucky participan en este estudio cada año, y todas sus respuestas se divulgan en conjunto. Nunca se revelan los nombres.

¿Por qué debo inscribirme?

Cada persona tiene una experiencia diferente en el programa, y queremos conocer la suya. Cuando termine la encuesta, la Universidad de Kentucky le enviará un cheque por un monto de USD 20 como agradecimiento por sus comentarios y su tiempo.

¿Cómo me inscribo?

En la página siguiente, indíquenos si desea que nos comuniquemos con usted con respecto al estudio de seguimiento. También necesitaremos información sobre cómo podremos ponernos en contacto con usted alrededor de 6 meses después del nacimiento de su bebé.

Su información solo se compartirá con usted. Utilizaremos un procedimiento especial de seguridad para asegurarnos de hablar solo con usted cuando la llamemos.

¿Qué sucede si tengo preguntas?

Puede visitar nuestro sitio web en ukhealthfollowup.com, enviarnos un mensaje de texto o llamarnos al 866-304-5467 para obtener más información; o bien puede llamar a la Dra. TK Logan al 859-323-0416 en caso de tener preguntas o inquietudes.

**Estudio de los Resultados del Programa de Asistencia para la Rehabilitación
de Madres de Kentucky (KY-Moms MATR)
Consentimiento para la recopilación de información de seguimiento**

¿POR QUÉ SE ME PIDE QUE PARTICIPE EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Se le pide que participe en un estudio de investigación de seguimiento sobre KY Moms MATR porque participó en dicho programa. Su participación en este proyecto de investigación mediante encuesta telefónica es completamente voluntaria. Si decide participar, formará parte del grupo de aproximadamente 200 mujeres que participan en esta investigación cada año.

¿QUIÉN LLEVA A CABO EL ESTUDIO?

La investigadora principal del estudio es la Dra. TK Logan, que trabaja en colaboración con la Dra. Allison Scrivner y la Dra. Jennifer Cole. También es posible que haya otros profesionales involucrados en el estudio.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE ESTUDIO?

El propósito de este estudio es recopilar información sobre su salud durante el embarazo y en el período posparto. También se abordan otros factores, como el empleo, la educación, la situación legal, el estrés y el estado de salud, y el uso que hace del tratamiento y los servicios de KY-Moms MATR. Esta entrevista forma parte de la evaluación del programa KY-Moms MATR y nos ayudará a obtener más información sobre las experiencias de las participantes.

¿DÓNDE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO Y CUÁNTO DURARÁ?

El personal de la Universidad de Kentucky es responsable de llevar a cabo las entrevistas de seguimiento por teléfono, las cuales durarán unos 20 minutos.

¿QUÉ SE ME PEDIRÁ QUE HAGA?

Se le pedirá que responda preguntas sobre su salud durante el embarazo y en el período posparto, lo que incluye el consumo de sustancias y los problemas de salud conductual relacionados. También se le preguntará sobre su empleo, nivel de estrés y uso de servicios. No se le pedirá que participe en ningún tratamiento o procedimiento experimental.

Además, se le pedirá que nos brinde su información de contacto para que podamos comunicarnos alrededor de 6 meses después del nacimiento de su bebé. Le pediremos su nombre, dirección y número de teléfono, así como también los datos de contacto de hasta dos personas que tengan más probabilidades de saber cómo comunicarse con usted en el momento de la entrevista de seguimiento (es decir, 6 meses después del nacimiento de su bebé). Es posible que nos comuniquemos con usted (o con las personas que indique como contactos) por teléfono, correo postal o correo electrónico, o a través de las redes sociales, como Facebook, a fin de ubicarla para que complete la entrevista de seguimiento. Podemos utilizar bases de datos públicas para encontrar información actualizada con el fin de ponernos en contacto con usted para que complete la entrevista de seguimiento. En algunos casos, es posible que intentemos comunicarnos con usted de forma confidencial por correo postal o por teléfono usando direcciones o números de teléfono que estén o hayan estado vinculados a usted de alguna manera. Al tratar de contactarla, no se revelará su vínculo con el programa. También se le pedirá que permita a las investigadoras utilizar la información estatal sobre la cantidad, el tipo y los costos de los servicios financiados por el estado y por Medicaid que recibe, así como la información médica sobre su salud y el desenlace del embarazo al momento de dar a luz.

¿HAY ALGUNA RAZÓN POR LA QUE NO DEBERÍA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

No hay ninguna condición que le impida participar en este estudio.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS ASOCIADOS?

No se conocen riesgos por participar en estas entrevistas. Es posible que las preguntas le causen cierto malestar emocional, ya que pueden hacer que recuerde momentos en los que sintió tristeza o estrés. Además, algunas personas pueden sentirse incómodas al compartir información confidencial. Debido a las medidas que tomamos para proteger su privacidad, el riesgo de que su información se revele sin autorización es mínimo. Si indica que se siente incómoda durante la entrevista de seguimiento, se le ofrecerá una remisión a recursos locales y nacionales.

¿OBTENDRÉ ALGÚN BENEFICIO POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

No hay beneficios directos para usted por participar en el estudio de seguimiento. Sin embargo, en el caso de algunas mujeres, participar en entrevistas sobre su estado de salud y embarazo les resulta útil porque las ayuda a pensar en su salud desde una perspectiva diferente. Además, su opinión nos ayudará a proporcionar información sobre cómo ayudar mejor a las embarazadas y optimizar el programa KY-Moms MATR, así como también puede contribuir a la obtención de financiación para el programa en el futuro.

¿TENGO LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

La decisión de participar en este estudio de seguimiento es completamente voluntaria.

SI NO QUIERO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, ¿HAY OTRAS OPCIONES DISPONIBLES?

Si no quiere participar en el estudio de seguimiento, no hay otras opciones disponibles.

¿CUÁNTO ME COSTARÁ PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

La participación en cualquier parte de este estudio de seguimiento no tendrá ningún costo para usted.

¿QUIÉN TENDRÁ ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE BRINDE?

Debido a las medidas que tomamos para proteger su privacidad, el riesgo de que su información se revele sin autorización es mínimo. Su información se combinará con la de otras personas que participen en el estudio. Todos los informes que redactemos sobre el estudio se basarán en la información combinada que recopilamos. Usted no será identificada en estos materiales escritos. Cuando publiquemos los resultados del estudio, mantendremos la confidencialidad de su nombre y otros datos de identificación personal. Su consejero/a le pedirá su número de Seguro Social, el cual se codificará para garantizar su seguridad y protección. Este número nos ayudará a cotejar claramente toda la información con su expediente; sin embargo, si no quiere darnos el número de Seguro Social, aún puede participar en el estudio. Toda la información se almacenará en computadoras seguras y protegidas por contraseña. Los archivos se encriptarán para proteger aún más su confidencialidad; esto significa que los datos estarán codificados para que solo el personal autorizado pueda acceder a ellos usando una clave.

Para proteger su información aún más, obtuvimos un Certificado de Confidencialidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS), el cual protege a las investigadoras contra la obligación de revelar información de identificación sobre una persona, incluso bajo citación judicial o procedimiento civil, penal, administrativo, legislativo o de otro tipo (ya sea federal, estatal o local). Sin embargo, es importante que sepa que podemos compartir información con las personas o agencias apropiadas si tomamos conocimiento de que usted u otras personas sufrieron algún daño, o de que se produjo un caso de abuso infantil. Además, la agencia que financia esta investigación (la División de Salud Mental de Kentucky) y el personal de la Universidad de Kentucky también pueden acceder a su información si es necesario.

¿RECIBIRÉ ALGUNA RECOMPENSA POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Recibirá USD 20 por completar la entrevista de seguimiento a los 6 meses después del nacimiento de su bebé. Debe participar en la entrevista de seguimiento para obtener esta recompensa, que se le enviará por correo. Si recibe más de USD 600 por participar en varios estudios en un año, la Universidad de Kentucky deberá informar estos pagos como ingresos ante el Servicio Interno de Impuestos (IRS). No se otorga ninguna compensación por completar la entrevista de admisión.

¿QUÉ SUCEDE SI TENGO PREGUNTAS?

Antes de decidir si participará en este estudio de seguimiento, asegúrese de hacer todas las preguntas que se le ocurran en este momento. Si tiene preguntas sobre el estudio más adelante, puede comunicarse con la investigadora, la Dra. TK Logan, llamando al 859-257-8248. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en esta investigación, comuníquese con el personal de la Oficina de Integridad de la Investigación de la Universidad de Kentucky llamando al 859-257-9428 o al número gratuito 1-866-400-9428. También puede ponerse en contacto con la Junta de Revisión Institucional (IRB) del Gabinete de Salud y Servicios Familiares (CHFS) llamando al 502-564-5497 (ext. 4102). Puede solicitar una copia de este formulario de consentimiento para sus registros, si lo desea.

¿QUÉ MÁS DEBO SABER?

Este estudio está financiado por la División de Salud Conductual de Kentucky con el objetivo de comprender mejor los resultados del programa KY-Moms MATR.

Al elegir la opción correspondiente a continuación, la paciente acepta que la contactemos por teléfono aproximadamente 6 meses después de dar a luz para una entrevista de seguimiento. En ese momento, podrá volver a decidir si desea participar o no en dicha entrevista de seguimiento.

- Acepto que me contacten para participar en el estudio de seguimiento.
- NO acepto que me contacten para participar en el estudio de seguimiento.

Si la paciente respondió “NO acepto”:

Gracias por responder estas preguntas. Su información ayudará a mejorar los servicios de atención prenatal para mujeres como usted que viven en Kentucky.

Si la paciente respondió “Acepto”:

Gracias por permitir que nos comuniquemos con usted en el futuro. En esta última sección, le preguntaremos algunos datos que nos ayudarán a ponernos en contacto con usted. Al igual que el resto de las respuestas que acaba de dar, la información de localización se almacena encriptada en un archivo protegido por contraseña al que solo tiene acceso el personal autorizado del estudio. Solo utilizaremos esta información para contactarla en el futuro y no la compartiremos con ninguna otra persona. Le preguntaremos si podemos comunicarnos con alguna persona conocida (como su madre o su abuela) para tratar de ubicarla a usted. Si lo hacemos, no compartiremos *ningún* tipo de información con esa persona; solo le diremos que se le pidió que participara en un **estudio de seguimiento del programa de salud**.

1. Para ayudarnos a garantizar que solo hablaremos con usted durante el seguimiento, elija **dos preguntas de seguridad** de la siguiente lista y proporcione respuestas que pueda recordar aproximadamente 6 meses después del nacimiento de su bebé.

1. ¿Cuál es el nombre de su primera mascota? _____
2. ¿De qué modelo/marca era su primer coche? _____
3. ¿En qué ciudad nació? _____
4. ¿Cuál es el nombre de la última escuela primaria a la que asistió? _____
5. ¿Cuál era su apodo en la infancia? _____
6. ¿Cuál es el nombre de su mejor amigo de la infancia? _____

Proporcione tanta información como sea posible para que podamos comunicarnos con usted dentro de 6 meses a fin de llevar a cabo la segunda parte de KY-Moms, el Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky.

<u>2. Información de contacto de la paciente</u>	
Nombre de soltera u otro nombre asociado de la paciente (sobrenombre)	
Número de teléfono particular (con código de área)	
Número de teléfono celular (con código de área)	
Dirección de la paciente (número y calle)	
Número de apartamento de la paciente (si corresponde)	
Ciudad donde vive la paciente	
Estado donde vive la paciente	
Código postal del lugar donde vive la paciente	
¿Tiene otro número de teléfono al que podamos comunicarnos con usted? (con código de área)	
¿Esta es la dirección de la paciente?	_____ Sí _____ No
Si no se trata de la dirección de la paciente, ¿quién vive en esta dirección? Nombre (apellido, nombre)	
Vínculo con la paciente	<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Excónyuge/expareja/exnovio/exnovia <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Suegro/a <input type="checkbox"/> Cuñado/a <input type="checkbox"/> Empleador o compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> Otro (especificar el vínculo): _____

Indique las DOS personas que siempre sabrán dónde ubicarla. Las madres y las parientes de sexo femenino suelen ser mejores para mantenerse en contacto. **Recuerde que las personas que entrevistan NUNCA revelarán que participó en el programa** ni compartirán información personal; solo dirán que dio su consentimiento para que la contacten con respecto al Estudio de Seguimiento de la Salud de la Universidad de Kentucky.

4. Persona 1

Información de contacto:	
Nombre y apellido	
Dirección (número y calle)	
Número de apartamento (si corresponde)	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
Dirección de correo electrónico	
Número de teléfono particular (con código de área)	
Número de teléfono celular (con código de área)	
Vínculo con la paciente (seleccionar una opción)	<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Excónyuge/expareja/exnovio/exnovia <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Suegro/a <input type="checkbox"/> Cuñado/a <input type="checkbox"/> Empleador o compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> Otro (especificar el vínculo): _____

5. Persona 2

Información de contacto:	
Nombre y apellido	
Dirección (número y calle)	
Número de apartamento (si corresponde)	
Ciudad	

Estado	
Código postal	
Dirección de correo electrónico	
Número de teléfono particular (con código de área)	
Número de teléfono celular (con código de área)	
Vínculo con la paciente (seleccionar una opción)	<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Excónyuge/expareja/exnovio/exnovia <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Suegro/a <input type="checkbox"/> Cuñado/a <input type="checkbox"/> Empleador o compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo/a o vecino/a <input type="checkbox"/> Otro (especificar el vínculo): _____

6. Podemos comunicarnos con usted por mensaje a través de Facebook Messenger o alguna otra plataforma de redes sociales. En caso de usar Facebook Messenger o las redes sociales, solo lo haremos para ponernos en contacto con usted o con la persona de contacto que haya indicado. No revelaremos ninguna información privada.

¿Cuál es su nombre en Facebook? _____

* Nota: Los mensajes provendrán de nuestra página comunitaria de Facebook en inglés sobre el estudio, Ukhfs Page (Health Follow Up Study), o de la página Ukhfs K Page (Kentucky Health Follow Up). Es posible que le enviemos una solicitud de amistad desde nuestra página; sus amigos de Facebook podrían ver esta actividad. Si decide no seguir nuestra página, compruebe la carpeta de correo no deseado de Facebook Messenger para ver si tiene mensajes de nuestro equipo del estudio. Además, le aconsejamos no divulgar ninguna información privada en los mensajes de Facebook que nos envíe.

Descargo de responsabilidad sobre la privacidad: No compartiremos ningún tipo de información privada; sin embargo, todos los mensajes que se envían a través de Facebook Messenger están sujetos a las políticas de privacidad y de datos de Facebook. Facebook recopila información sobre contenido y de otro tipo que se envía o comunica a otras personas. Esto puede incluir información sobre el contenido que se publica, como la ubicación de una foto o la fecha de creación de un archivo. Para obtener más información, visite www.facebook.com/about/privacy/.

7. ¿Cuál es la dirección de correo electrónico principal a la que podemos contactarla? _____

7a. ¿Tiene otra dirección de correo electrónico a la que podamos contactarla? _____

8. Indique cuál es su nombre de usuario en las siguientes redes sociales:

Instagram: _____

Twitter: _____

TikTok: _____

Otra cuenta de redes sociales: _____

9. ¿Cuál es el mejor medio para contactarla? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Mensaje de texto Llamada telefónica Correo electrónico Facebook Trabajo Redes sociales

10. Si su lugar de trabajo es una buena opción para comunicarnos con usted, proporcione los datos de contacto:

Nombre de la compañía/agencia	
Número de oficina o unidad	
Número de teléfono de la compañía/agencia	

11. Si dentro de un año alguien le debiera USD 1,000 y su número de teléfono y dirección hubieran cambiado, ¿cómo podría encontrarla esa persona para devolverle la plata?

**Gracias por responder estas preguntas.
Su información ayudará a mejorar los servicios de atención prenatal
para las mujeres que viven en Kentucky.**